

UMIEJSCOWIENIE KONTROLI ZDROWIA A WYBRANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE PIELĘGNIAREK WOJEWÓDZTW LUBELSKIEGO I PODKARPACKIEGO

THE HEALTH LOCUS OF CONTROL AND CHOSEN HEALTH BEHAVIORS OF NURSES FROM THE LUBLIN AND PODKARPACIE VOIVODESHIPS

Ewa Smoleń, Beata Dobrowolska

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska
Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin, Poland

Authors' contribution | Wkład autorów:

A. Study design/planning | zaplanowanie badań • B. Data collection/entry | zebranie danych
• C. Data analysis/statistics | dane – analiza i statystyki • D. Data interpretation | interpretacja danych
• E. Preparation of manuscript | przygotowanie artykułu • F. Literature analysis/search | wyszukiwanie i analiza literatury
• G. Funds collection | zebranie funduszy

Adres do korespondencji:

Beata Dobrowolska
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4–6
20-081 Lublin, Polska
e-mail: bb.dobrowolska@gmail.com

PRZESŁANE: 28.10.2018

AKCEPTACJA: 6.12.2018

DOI: <https://doi.org/10.5114/ppiel.2018.84129>

STRESZCZENIE

Wstęp: Zachowania zdrowotne to rodzaj aktywności człowieka ukierunkowanej na utrzymanie i umacnianie zdrowia. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja zachowaniom, takim jak: podejmowanie aktywności fizycznej, ograniczanie palenia tytoniu i spożywania alkoholu oraz utrzymanie prawidłowej masy ciała.

Cel pracy: Określenie związków pomiędzy wybranymi zachowaniami zdrowotnymi pielęgniarek a umiejscowieniem kontroli zdrowia.

Materiał i metody: Badania metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzono w grupie 184 pielęgniarek województw lubelskiego i podkarpackiego. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHLC-B. Dane poddano analizie statystycznej testem Anova.

Wyniki: W badanej grupie najwyższej oceniony został wymiar wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. Wyższe wyniki dotyczące kontroli wewnętrznej uzyskały mieszkanki wsi niż miasta ($p = 0,025$) oraz badane w wieku 31–35 lat oraz 36–40 lat ($p = 0,046$). Pielęgniarki z najwyższą wartością w zakresie wewnętrznej kontroli częściściej deklarowały codzienne spożywanie pieczywa ziarnistego w porównaniu ze spożywającymi go rzadziej niż raz w tygodniu ($p = 0,049$). Wyższy wskaźnik umiejscowienia kontroli zdrowia w zakresie wpływu innych uzyskały pielęgniarki wykonujące cytologię raz w roku niż te wykonujące ją co 3 lata ($p = 0,026$). Umiejscowienie kontroli zdrowia w zakresie kontroli wewnętrznej było wyższe u pielęgniarek deklarujących posiadanie stałego ginekologa w prywatnym gabinecie lekarskim w porównaniu z korzystającymi z wizyt w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej ($p = 0,016$). Pielęgniarki mające masę ciała w zakresie normy uzyskały najwyższy wskaźnik w zakresie przypadku jako umiejscowienia kontroli zdrowia w porównaniu z osobami z nadwagą i otyłością ($p = 0,003$).

Wnioski: Badane pielęgniarki uzyskały wysokie wyniki w zakresie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, jednak podejmowane przez nie zachowania zdrowotne nie zawsze były warunkowane tym typem umiejscowienia kontroli zdrowia.

Słowa kluczowe: umiejscowienie kontroli zdrowia, zachowania zdrowotne, pielęgniarki.

ABSTRACT

Introduction: The internal health locus of control promotes behaviors such as: physical activity, smoking and alcohol consumption, and maintaining a healthy body weight.

Aim of the study: To define relationship between chosen health behaviours of nurses and the health locus of control.

Material and methods: The diagnostic survey was carried out in a group of 184 nurses from the Lublin and Podkarpackie voivodships. The author's questionnaire and the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC-B) were used. The data was subjected to statistical analysis using the Anova test.

Results: The internal health locus of control was rated the highest. Higher internal health locus of control results were obtained by rural residents than by city residents ($p = 0.025$) and by those surveyed in the age range 31 to 35 years and from 36 to 40 years ($p = 0.046$). Nurses with the highest internal health locus of control declared daily consumption of granular bread in comparison to those consuming it less frequently than once a week ($p = 0.049$). A higher index of the

health locus of control in terms of the influence of others was obtained by nurses performing cytology once a year than by those performing it once every three years ($p = 0.026$). The health locus of control in the scope of internal control was higher in nurses declaring having own gynecologist in a private doctor's office in comparison to those visiting to a public health care center ($p = 0.016$). Nurses with a body weight in the normal range obtained the highest rate in the health locus of control understand as a "chance" in comparison to overweight and obese nurses ($p = 0.003$).

Conclusions: The nurses surveyed achieved high results in the internal health locus of control, but the health behaviours they undertake are not always conditioned by this type of health locus of control.

Key words: health locus of control, health behaviours, nurses.

WSTĘP

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz prowadzeniu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia [1]. Zdrowie w kategorii rozwojowo-funkcjonalnej to potencjał i określone właściwości jednostki, dyspozycje, które umożliwiają adaptacyjne funkcjonowanie w danym kontekście środowiskowym [2]. Jest to atrybut człowieka, wartość pozytywna oraz cel jego dążenia. Stanowi ważny element decyzyjny w podejmowaniu i wyborze określonych zachowań zdrowotnych składających się na styl życia [3].

Stan zdrowia warunkuje wiele czynników, w tym: biologiczne, genetyczne i opieka zdrowotna. Najważniejsze jednak znaczenie odnosi się do stylu życia jednostki [4–6]. Zachowania zdrowotne to czynności podejmowane i realizowane przez jednostki, bezpośrednio i doraźnie bądź pośrednio i w dalszej perspektywie sprzyjające lub szkodzące zdrowiu. Mogą mieć charakter nawykowy (socjalizacja), reaktywny (moda, wymagania społeczne) lub intencjonalny (czynności celowe uwarunkowane wiedzą oraz świadomością zdrowotną). Wyróżnia się zachowania sprzyjające zdrowiu oraz antyzdrowotne. Pierwsze są istotne w umacnianiu zdrowia, natomiast drugie są powodem powstania zaburzeń stanu zdrowia i negatywnego oddziaływania w sferze emocjonalnej, fizycznej i psychospołecznej [7, 8]. Na zachowania zdrowotne ma wpływ wiele czynników ze strony jednostki oraz otoczenia [9]. Poziom świadomości jednostki odgrywa istotną rolę w kształtowaniu zachowań zdrowotnych [10]. Do czynników tych zalicza się: modelowanie zachowań przez rodziców, kontekst społeczno-kulturowy, media, sytuację demograficzno-społeczną, właściwości osobnicze. Z zachowaniami zdrowotnymi korelują: poczucie koherencji, optymizm życiowy, poczucie własnej skuteczności oraz wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Jednostki z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia przejawiają większą odpowiedzialność za własne zdrowie, są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji i w większym stopniu angażują się w prozdrowotną aktywność [11]. Do zachowań zdrowotnych korelujących ze stanem zdrowia zalicza się m.in.: odżywianie, aktywność fizyczną, odpoczynek, stosowanie używek (alkohol, palenie papierosów) [7, 12, 13].

Autorzy wprowadzili do problematyki zdrowia konstrukt poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia. Podzielono je na dwa wymiary: pierwszy związany z wpływem innych (*powerful others HLC*) oraz drugi związany z przekonaniem o wpływie przypadku lub losu (*chance HLC*). Umiejscowienie kontroli zdrowia pozwala przewidywać behawioralne i poznawcze działania w odniesieniu do zdrowia fizycznego i psychicznego [14, 15]. O zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia świadczy postrzeganie zdrowia jako rezultatu szczęścia, przypadku i przeznaczenia bądź jako znajdującego się pod kontrolą innych osób. Spostrzeganie przez jednostkę zdrowia/zdarzenia pod kontrolą własnych działań lub własnych, trwałych cech świadczy o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia [16]. W sytuacji inicjowania nowych zachowań zdrowotnych zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, oparte na wpływie innych lub przypadku nie sprzyja zdrowiu oraz stanowi często przyczynę niskiej odpowiedzialności za własne zdrowie [13, 17]. Jednostki przejawiające wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia są w większym stopniu odpowiedzialne za własne zdrowie. Są skłonne do podejmowania wysiłku na rzecz zachowania dobrego samopoczucia w porównaniu z osobami z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Koniecznym warunkiem jest także umiejscowienie zdrowia wysoko w hierarchii wartości [18–20]. Potwierdzają to również badania [21], z których wynika, że osoby niepodejmujące zachowań zdrowotnych zwykle przekonane są o braku osobistego wpływu na zdrowie. Na podstawie innych badań [22] wykazano, że wysokie poczucie wewnętrznej kontroli zdrowia sprzyja realizowaniu prawidłowych postaw i nawyków żywieniowych. Predysponuje do podejmowania prozdrowotnych zachowań, a więc podejmowania aktywności fizycznej, ograniczania palenia tytoniu i picia alkoholu, kontrolowania masy ciała. U osób, dla których zdrowie ma wysoką wartość, występuje zależność między umiejscowieniem kontroli zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi [23].

Palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, złe nawyki żywieniowe oraz mała aktywność fizyczna to główne czynniki sprzyjające rozwojowi m.in. chorób nowotworowych. Zgodnie ze strategią walki z rakiem na lata 2015–2024 działania edukacyjno-informacyjne powinny być ukierunkowane na wzmoczenie czujności kadry medycznej w kierunku wykrywania zagrożeń

i czynników ryzyka [24]. Pielęgniarki z racji pełnionej funkcji zawodowej powinny aktywnie uczestniczyć w wychowaniu do zdrowia i tworzyć pozytywny wzorzec postaw wobec zdrowia. Z tego też względu ważne wydaje się prowadzenie badań dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia oraz ich aktywnego udziału w zakresie aktywności prozdrowotnej.

CEL PRACY

Określenie związków pomiędzy wybranymi zachowaniami zdrowotnymi pielęgniarek a umiejscowieniem kontroli zdrowia.

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono w grupie 184 pielęgniarek województw lubelskiego i podkarpackiego. Posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety oraz Wielowymiarową Skalą Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHLC-B (*Multidimensional Health Locus of Control Scale*). Materiał poddano analizie statystycznej testem Anova.

Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHLC-B składa się z 18 stwierdzeń odnoszących się do przekonań dotyczących oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzne (W) – *kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie*; wpływ innych (I) – *własne zdrowie jest czyn-*

niem oddziaływania innych, np. pracowników ochrony zdrowia; przypadek (P) – *o stanie zdrowia decyduje przypadek oraz inne czynniki zewnętrzne*. Jest to skala autorstwa Wallston i DeVellis, a polskiej adaptacji dokonał Juczyński. Kolejne stwierdzenia skali oceniane są w 6-stopniowej skali. W sytuacji gdy respondent zdecydowanie nie zgadza się ze stwierdzeniem, przyznaje 1 pkt, natomiast przyznanie 6 pkt wyraża odpowiedź: zdecydowanie się zgadzam. Liczba punktów dla każdego stwierdzenia możliwa do osiągnięcia wynosi 6–36. W analizie im większa liczba punktów, tym większy wpływ danego czynnika na stan zdrowia [13]. Poszczególne odpowiedzi przyporządkowane są do trzech podskal. Im wyższa punktacja każdej z nich, tym większy wpływ na zdrowie mają: przypadek (P), personel medyczny i oddziaływania innych osób (I) lub jednostki (W). Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja podejmowaniu prozdrowotnych zachowań. Osoby przejawiające w dominacji wewnętrzną kontrolę zdrowia są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji i cechuje je większa odpowiedzialność za własne zdrowie. Częściej osoby te podejmują profilaktyczne zachowania zdrowotne.

WYNIKI

Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Table 1. Characteristics of the studied group

Zmienna	Kategoria	n	%	Ogółem	
				n	%
wykształcenie	średnie zawodowe	70,7	96,2	184	100,0
	licencjat	20,7	90,4		
	magister	8,6	90,4		
stan cywilny	wolna	23,4	90,4	184	100,0
	mężatka	76,6	90,4		
wiek (lata)	do 30	21,2	90,4	184	100,0
	31–35	21,2	90,4		
	36–40	24,5	90,4		
	41–45	17,9	90,4		
	> 45	15,2	90,4		
sytuacja bytowo-ekonomiczna	powyżej przeciętnej	10,3	90,4	184	100,0
	bardzo dobra	8,7	90,4		
	dobra	77,7	90,4		
	zła	3,3	90,4		
miejsce zamieszkania	miasto	54,9	90,4	184	100,0
	wieś	45,1	90,4		
województwo	podkarpackie	78,8	90,4	184	100,0
	lubelskie	21,2	92,3		

n – częstość

W badaniach własnych spośród trzech wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyżej oceniony został wymiar wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia (W). Niższe, aczkolwiek zbliżone wyniki uzyskano w wymiarze przypadku (P) oraz kontroli wpływu innych (I). Analizując znaczenie umiejscowienia kontroli zdrowia, dokonano odniesienia tych trzech wymiarów do czynników socjodemograficznych. Umiejscowienie kontroli zdrowia nie korelowało z takimi zmiennymi, jak: wykształcenie, stan cywilny oraz sytuacja bytowo-ekonomiczna. Wyższe wyniki

dotyczące kontroli wewnętrznej uzyskały mieszkanki wsi (27,47) niż miasta (25,87) ($p = 0,025$). Najwyższe wartości kontroli wewnętrznej wykazały pielęgniarki w przedziałach wieku 31–35 lat oraz 36–40 lat ($p = 0,046$), natomiast najniższe wartości kontroli wewnętrznej były u badanych powyżej 41 lat. Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Spożywanie świeżych warzyw, owoców, ryb, masła, margaryny, nabiału, posiłków typu *fast food*, mięsa wieprzowego i czerwonego nie korelowało z umiejscowieniem kontroli zdrowia badanych pielęgniarek

Tabela 2. MHLC a czynniki socjodemograficzne charakteryzujące badane pielęgniarki

Table 2. MHLC and sociodemographic factors characterizing the examined nurses

Czynniki	Kategoria	Kontrola wewnętrzna			Wpływ innych			Przypadek		
		\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n
wykształcenie	średnie zawodowe	26,13	5,00	119	20,35	5,57	119	20,70	5,99	119
	licencjat	27,68	3,78	38	21,26	5,08	38	20,63	5,96	38
	magisterskie	26,79	3,58	14	22,43	3,90	14	21,36	4,07	14
	wykształcenie podyplomowe	29,00	1,41	2	24,00	2,83	2	20,00	7,07	2
ogółem		26,56	4,66	173	20,76	5,34	173	20,73	5,81	173
ANOVA			0,287			0,375		0,977		
zamieszkanie	miasto	25,87	5,01	98	20,76	5,37	98	19,99	5,50	98
	wieś	27,47	4,03	74	20,73	5,37	74	21,69	6,14	74
ogółem		26,56	4,67	172	20,74	5,35	172	20,72	5,83	172
ANOVA			0,025			0,976		0,58		
stan cywilny	panna	26,30	3,914	30	21,23	4,599	30	20,70	5,885	30
	mężatka	26,51	4,858	130	20,62	5,488	130	20,78	5,777	130
	wdowa	31,33	1,155	3	24,33	2,082	3	24,33	8,145	3
	rozwidziona	25,29	4,499	7	21,43	6,503	7	19,29	5,589	7
ogółem		26,51	4,676	170	20,82	5,335	170	20,76	5,799	5,799
ANOVA			0,828			0,568		0,948		
wiek (w latach)	< 25	27,46	3,20	13	21,31	3,86	13	18,38	6,90	13
	26–30	26,09	4,24	23	20,35	4,85	23	22,39	5,13	23
	31–35	27,79	4,13	34	19,59	5,97	34	19,18	6,30	34
	36–40	27,72	4,37	43	21,40	5,82	43	21,14	5,78	43
	41–45	24,76	5,17	33	21,70	5,13	33	21,58	5,18	33
	46–50	25,21	5,63	19	20,26	4,05	19	19,53	5,90	19
	> 51	25,63	4,60	8	20,00	7,29	8	23,50	4,28	8
ogółem		26,56	4,66	173	20,76	5,34	173	20,73	5,81	173
ANOVA			0,046			0,702		0,124		
sytuacja bytowo- ekonomiczna	powyżej przeciętnej	25,83	4,54	18	22,39	4,72	18	21,83	6,38	18
	bardzo dobra	28,31	4,73	16	20,56	6,21	16	20,00	7,62	16
	dobra	26,44	4,69	134	20,50	5,36	134	20,57	5,56	134
	zła	26,80	3,96	5	22,60	3,97	5	23,40	3,85	5
ogółem		26,56	4,66	173	20,76	5,34	173	20,73	5,81	173
ANOVA			0,426			0,460		0,654		

\bar{x} – średnia; SD – odchylenie standardowe; n – liczba badanych

($p > 0,05$). Pielęgniarki z najwyższą wartością w zakresie wewnętrznej kontroli częściej deklarowały codzienne spożywanie pieczywa ziarnistego (28,07) w porównaniu ze spożywającymi go rzadziej niż raz w tygodniu (25,85) – $p = 0,049$. Białe pieczywo spożywały codziennie pielęgniarki z niską kontrolą wewnętrzną (25,42), natomiast rzadziej niż raz w tygodniu z wysoką kontrolą wewnętrzną (28,50) – $p = 0,009$. Wyższy wskaźnik kontroli zdrowia w za-

kresie wpływu innych (21,77) wykazano u kobiet deklarujących spożywanie drobiu kilka razy w tygodniu w porównaniu z badanymi spożywającymi drób rzadziej niż raz w tygodniu. W analizie umiejscowienia kontroli zdrowia w zakresie przypadku najwyższy wskaźnik uzyskały pielęgniarki deklarujące spożywanie drobiu raz w tygodniu (21,23), a najwyższy rzadziej niż raz w tygodniu (16,43). Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. MHLC a spożywanie produktów żywnościowych w grupie badanych pielęgniarek

Table 3. MHLC and consumption of food products in the group of examined nurses

Czynniki	Kategoria	Kontrola wewnętrzna			Wpływ innych			Przypadek		
		\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n
świeże owoce	codziennie	26,95	4,30	100	21,07	5,68	100	20,78	5,62	100
	kilka razy w tygodniu	25,94	5,32	63	20,30	4,78	63	20,38	6,13	63
	raz w tygodniu lub rzadziej	26,89	3,62	9	20,00	5,50	9	23,00	5,98	9
ogółem		26,58	4,67	172	20,73	5,34	172	20,75	5,82	172
ANOVA			0,396			0,616			0,452	
świeże warzywa	codziennie	26,71	4,68	70	20,49	5,35	70	20,23	5,34	70
	kilka razy w tygodniu	26,33	4,61	84	21,00	5,48	84	20,70	6,14	84
	raz w tygodniu lub rzadziej	26,94	5,13	18	21,00	4,92	18	23,00	5,91	18
ogółem		26,55	4,67	172	20,79	5,35	172	20,75	5,82	172
ANOVA			0,822			0,827			0,197	
ryby	codziennie	28,00	4,10	28	20,79	6,17	28	21,04	6,16	28
	kilka razy w tygodniu	26,18	4,78	93	21,02	5,29	93	19,88	5,65	93
	raz w tygodniu lub rzadziej	26,46	4,66	52	20,29	5,03	52	22,08	5,75	52
ogółem		26,56	4,66	173	20,76	5,34	173	20,73	5,81	173
ANOVA			0,192			0,733			0,088	
pieczywo ziarniste	codziennie	28,07	3,74	43	21,91	5,25	43	21,26	5,74	43
	kilka razy w tygodniu	26,53	4,97	77	20,90	5,37	77	21,05	5,76	77
	raz w tygodniu	24,89	4,77	19	19,32	6,32	19	19,26	6,14	19
	rzadziej niż raz w tygodniu	25,85	4,47	33	20,06	4,51	33	20,15	6,03	33
ogółem		26,60	4,64	172	20,81	5,32	172	20,73	5,83	172
ANOVA			0,049			0,262			0,553	
pieczywo białe	codziennie	25,42	4,63	71	19,92	5,28	71	20,86	5,89	71
	kilka razy w tygodniu	27,51	4,69	63	21,68	5,35	63	20,62	5,99	63
	raz w tygodniu	25,33	4,10	15	19,60	5,50	15	21,87	4,72	15
	rzadziej niż raz w tygodniu	28,50	3,11	18	20,94	5,81	18	19,11	5,59	18
ogółem		26,53	4,60	167	20,66	5,40	167	20,67	5,79	167
ANOVA			0,009			0,238			0,570	

Tabela 3. MHLIC a spożywanie produktów żywnościowych w grupie badanych pielęgniarek – cd.

Table 3. MHLIC and consumption of food products in the group of examined nurses – cont.

Czynniki	Kategoria	Kontrola wewnętrzna			Wpływ innych			Przypadek		
		\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n
masło	codziennie	26,47	4,97	99	20,60	5,52	99	21,11	5,80	99
	kilka razy w tygodniu	26,87	3,63	31	21,58	4,80	31	19,03	5,78	31
	raz w tygodniu	27,73	3,32	11	20,64	7,19	11	18,91	4,55	11
	rzadziej niż raz w tygodniu	25,62	5,32	26	20,42	4,69	26	22,23	5,62	26
ogółem		26,50	4,71	167	20,75	5,36	167	20,75	5,75	167
ANOVA			0,606			0,821			0,570	
masło roślinne/margaryna	codziennie	26,11	4,14	56	20,91	4,98	56	20,50	6,05	56
	kilka razy w tygodniu	27,36	4,44	22	21,36	4,14	22	20,14	6,05	22
	raz w tygodniu	27,31	3,97	13	19,15	8,32	13	19,46	6,21	13
	rzadziej niż raz w tygodniu	26,95	4,67	59	20,92	5,61	59	21,63	5,72	59
ogółem		26,73	4,37	150	20,83	5,45	150	20,80	5,92	150
ANOVA			0,581			0,694			0,529	
nabiał (mleko, ser, jogurt)	codziennie	26,95	4,60	91	20,79	5,70	91	20,52	6,07	91
	kilka razy w tygodniu	25,90	4,97	59	20,54	4,67	59	20,51	5,22	59
	raz w tygodniu	26,86	3,95	21	21,43	5,86	21	22,19	6,22	21
ogółem		26,57	4,66	171	20,78	5,36	171	20,72	5,80	171
ANOVA			0,581			0,694			0,529	
fast food	raz w tygodniu lub częściej	27,44	3,78	16	21,75	4,75	16	21,19	4,97	16
	rzadziej niż raz w tygodniu	26,56	4,23	123	20,57	5,21	123	20,55	5,87	123
	wcale	27,83	5,98	18	20,00	7,26	18	21,67	5,74	18
ogółem		26,80	4,42	157	20,62	5,41	157	20,75	5,75	157
ANOVA			0,435			0,627			0,709	
drób	kilka razy w tygodniu	27,27	4,56	84	21,77	5,72	84	20,89	20,89	84
	raz w tygodniu	25,79	4,70	70	19,44	4,47	70	21,23	21,23	70
	rzadziej niż raz w tygodniu	25,71	5,11	14	20,50	5,46	14	16,43	16,43	14
ogółem		26,52	4,70	168	20,70	5,30	168	20,66	20,66	168
ANOVA			0,117			0,024			0,016	
mięso wieprzowe	kilka razy w tygodniu	26,85	3,95	59	21,53	5,82	59	20,42	5,80	59
	raz w tygodniu	26,86	4,74	71	20,35	5,34	71	20,72	5,63	71
	rzadziej niż raz w tygodniu	25,35	4,90	37	20,22	4,43	37	21,03	6,38	37
ogółem		26,52	4,53	167	20,74	5,33	167	20,68	5,83	167
ANOVA			0,206			0,368			0,885	

Tabela 3. MHLC a spożywanie produktów żywnościowych w grupie badanych pielęgniarek – cd.**Table 3.** MHLC and consumption of food products in the group of examined nurses – cont.

Czynniki	Kategoria	Kontrola wewnętrzna			Wpływ innych			Przypadek		
		\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n
mięso czerwone	kilka razy w tygodniu	27,71	3,80	24	22,21	4,98	24	20,79	6,53	24
	raz w tygodniu	25,47	5,25	45	19,89	5,44	45	21,49	5,28	45
	rzadziej niż raz w tygodniu	26,66	4,47	94	20,73	5,35	94	20,41	5,85	94
ogółem		26,48	4,64	163	20,72	5,34	163	20,77	5,79	163
ANOVA			0,137			0,229			0,595	
słodycze	codziennie	25,52	3,70	46	20,26	5,20	46	20,04	5,36	46
	kilka razy w tygodniu	27,30	4,74	81	21,48	5,48	81	21,52	6,09	81
	raz w tygodniu	25,67	5,18	18	19,67	4,39	18	19,83	5,78	18
	rzadziej niż raz w tygodniu	26,67	5,38	27	19,89	5,55	27	19,89	5,70	27
ogółem		26,55	4,67	172	20,72	5,32	172	20,69	5,81	172
ANOVA			0,175			0,341			0,376	

\bar{x} – średnia; SD – odchylenie standardowe; n – liczba badanych

Z umiejscowieniem kontroli zdrowia nie korelowały: wiara w skuteczność programu profilaktycznego, wykonywanie samobadania piersi, czas wykonywania samobadania piersi, karmienie piersią oraz czas karmienia piersią. Wyższy wskaźnik kontroli wewnętrznej wykazano u kobiet deklarujących znajomość programu profilaktycznego Cztery Pory Roku dla Zdrowia (26,76) niż niemających wiedzy w tym zakresie (23,30) – $p = 0,022$. Wyższy wskaźnik umiejscowienia kontroli zdrowia w zakresie wpływu innych uzyskały pielęgniarki wykonujące cytologię raz w roku (21,10) niż co 3 lata (18,43) – $p = 0,026$. Umiejscowienie kontroli zdrowia w zakresie kontroli we-

wewnętrznej było wyższe (27,66) u pielęgniarek deklarujących posiadanie stałego ginekologa w prywatnym gabinecie lekarskim w porównaniu z korzystającymi z wizyt w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej ($p = 0,016$).

Umiejscowienie kontroli zdrowia nie korelowało z podejmowaniem aktywności fizycznej, paleniem tytoniu, spożywaniem alkoholu, stosowaniem diety bogatobiałkowej ($p > 0,05$). Pielęgniarki mające masę ciała w zakresie normy uzyskały najwyższy wskaźnik w zakresie przypadku jako umiejscowienia kontroli zdrowia (24,21) w porównaniu z osobami z nadwagą i otyłością ($p = 0,003$; tab. 4.).

Tabela 4. MHLC a wybrane elementy stylu życia badanych pielęgniarek**Table 4.** MHLC and chosen elements of examined nurses' lifestyle

Czynniki	Kategoria	Kontrola wewnętrzna			Wpływ innych			Przypadek		
		\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n
aktywność fizyczna	zdecydowanie tak	27,18	3,74	11	22,27	7,18	11	19,73	6,66	11
	raczej tak	27,60	3,91	15	20,07	3,84	15	20,07	5,48	15
	nie mam zdania	28,56	2,13	9	21,44	5,32	9	21,89	6,70	9
	raczej nie	26,50	3,76	20	19,70	4,39	20	19,65	4,99	20
	zdecydowanie nie	27,15	4,71	79	20,82	5,80	79	21,13	5,72	79
ogółem		27,20	4,26	134	20,73	5,48	134	20,72	5,69	134
ANOVA			0,815			0,747			0,738	

Tabela 4. MHLIC a wybrane elementy stylu życia badanych pielęgniarek – cd.

Table 4. MHLIC and chosen elements of examined nurses' lifestyle – cont.

Czynniki	Kategoria	Kontrola wewnętrzna			Wpływ innych			Przypadek		
		\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n
nadużywanie alkoholu	zdecydowanie tak	25,00	5,09	18	21,00	5,98	18	21,06	5,66	18
	raczej tak	27,60	4,33	43	21,70	5,57	43	21,09	5,95	43
	nie mam zdania	26,50	4,62	44	19,34	4,44	44	20,73	5,42	44
	raczej nie	26,94	4,37	31	20,13	6,10	31	18,94	5,42	31
	zdecydowanie nie	25,14	7,82	7	23,43	7,48	7	22,86	6,67	7
ogółem		26,67	4,74	143	20,63	5,57	143	20,59	5,68	143
ANOVA			0,313			0,196			0,379	
palenie tytoniu	zdecydowanie tak	26,71	5,31	49	21,92	6,26	49	21,00	6,26	49
	raczej tak	26,65	4,58	60	20,53	4,84	60	20,87	5,66	60
	nie mam zdania	26,60	4,75	30	19,57	4,64	30	19,20	5,60	30
	raczej nie	26,09	3,14	11	18,55	5,24	11	19,73	4,61	11
	zdecydowanie nie	24,33	5,77	3	22,00	7,21	3	20,00	8,66	3
ogółem		26,58	4,75	153	20,67	5,41	153	20,48	5,80	153
ANOVA			0,935			0,216			0,682	
aktywność fizyczna	zdecydowanie tak	27,18	3,74	11	22,27	7,18	11	19,73	6,66	11
	raczej tak	27,60	3,91	15	20,07	3,84	15	20,07	5,48	15
	nie mam zdania	28,56	2,13	9	21,44	5,32	9	21,89	6,70	9
	raczej nie	26,50	3,76	20	19,70	4,39	20	19,65	4,99	20
	zdecydowanie nie	27,15	4,71	79	20,82	5,80	79	21,13	5,72	79
ogółem		27,20	4,26	134	20,73	5,48	134	20,72	5,69	134
ANOVA			0,815			0,747			0,738	
dieta bogato-tłuszczowa	zdecydowanie tak	26,18	4,28	17	22,06	6,43	17	21,65	6,40	17
	raczej tak	26,66	5,07	50	20,62	5,18	50	20,50	4,89	50
	nie mam zdania	28,00	3,68	42	20,71	5,04	42	21,31	5,99	42
	raczej nie	25,55	5,12	29	19,72	5,64	29	19,52	5,30	29
	zdecydowanie nie	27,20	5,63	5	21,20	9,36	5	20,20	10,06	5
ogółem		26,79	4,66	143	20,66	5,51	143	20,66	5,67	143
ANOVA			0,264			0,744			0,683	
stosunek do alkoholu	nie piję	26,76	4,80	59	21,27	5,57	59	20,24	5,9	59
	piję okazjonalnie	26,43	4,62	113	20,52	5,25	113	20,91	5,113	113
	piję często	29,00	.	1	18,00	.	1	29,00	1	1
ogółem		26,56	4,66	173	20,76	5,34	173	20,73	5,173	173
ANOVA			0,793			0,600			0,280	
regularność aktywności fizycznej	tak	27,06	4,59	108	21,21	5,69	108	20,83	5,95	108
	nie	25,67	4,71	64	20,05	4,69	64	20,42	5,56	64
	brak odpowiedzi	29,00	.	1	18,00	.	1	29,00	.	1
ogółem		26,56	4,66	173	20,76	5,34	173	20,73	5,581	173
ANOVA			0,058			0,168			0,654	
BMI	prawidłowa masa ciała	28,00	3,44	14	20,93	4,34	14	24,21	3,62	14
	nadwaga	26,67	4,67	101	20,75	5,70	101	19,61	5,87	101
	otyłość	25,96	4,86	52	21,00	4,89	52	22,02	5,71	52
ogółem		26,56	4,65	167	20,84	5,33	167	20,75	5,84	167
ANOVA			0,324			0,962			0,003	

 \bar{x} – średnia; SD – odchylenie standardowe; n – liczba badanych

DYSKUSJA

Efektywność kształtowania postaw prozdrowotnych uwarunkowana jest nie tylko wiedzą czy umiejętnościami edukatora, lecz także jego przykładem aktywnej realizacji w codziennym życiu zachowań związanych z utrzymaniem zdrowia [25]. Pielęgniarki to grupa zawodowa, która ma profesjonalną wiedzę dotyczącą uwarunkowań zdrowia oraz choroby, jednak oprócz wiedzy pielęgniarki powinny także prezentować właściwe postawy w zakresie zachowań zdrowotnych [26–29].

Ważne znaczenie w modyfikacji zachowań zdrowotnych pełni poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, określające źródła wpływu na stan zdrowia, a także przekonanie o własnej skuteczności. Większa kontrola nad własnym zdrowiem zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu. W badaniach własnych najwyższe oceny uzyskano w zakresie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia (26,56) w porównaniu z wpływem innych (20,76) oraz przypadku (20,73). W badaniach Jachimowicz i wsp. [25] wynik umiejscowienia kontroli zdrowia wyniósł 27,9. Zewnętrzne poczucie kontroli zdrowia przedstawiało się następująco: wpływ innych – 20,9, przypadek – 20,2. Odmienne wyniki uzyskali Malikowska-Lipień i wsp. [30], w których badaniach wartość średnia MHLC (W) wyniosła 25,6, (I) – 19,07, a (P) – 17,01.

Analiza wyników badań wskazuje, że wyższe wskaźniki odpowiedzialności za własne zdrowie związane są z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia [20, 31]. W badaniach własnych umiejscowienie kontroli zdrowia w 3 wymiarach nie korelowało z wykształceniem, stanem cywilnym i sytuacją bytowo-ekonomiczną badanych. Wyższą kontrolę wewnętrzną w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia uzyskały mieszkanki wsi (27,47) niż miasta (25,87). Najwyższe wskaźniki kontroli wewnętrznej uzyskano w przedziale wieku do 40 lat, natomiast najniższe – powyżej 41 lat. Jak wynika z innych badań [13], wraz z wiekiem wzrastają wskaźniki zewnętrznej kontroli umiejscowienia zdrowia.

W badaniach własnych podjęto się próby określenia, w jakim stopniu umiejscowienie kontroli zdrowia koreluje ze spożywaniem przez badane pielęgniarki wybranych produktów żywnościowych. Nie prowadzono dotąd badań w tej grupie zawodowej dotyczących tej kwestii, co uniemożliwia porównanie wyników badań własnych z innymi. Kolejnym istotnym elementem badań własnych było poszukiwanie związków między umiejscowieniem kontroli zdrowia a wybranymi zachowaniami zdrowotnymi w profilaktyce nowotworów narządu rodowego u kobiet. Zwraca uwagę fakt, że umiejscowienie kontroli zdrowia korelowało z wykonywaniem cytologii oraz regularnymi wizytami u tego samego ginekologa.

W badaniach własnych podejmowanie aktywności fizycznej oraz jej częstość nie korelowały z umiejscowieniem kontroli zdrowia.

Podobnie umiejscowienie kontroli zdrowia u pielęgniarek w badaniach własnych nie korelowało z: paleniem tytoniu, spożywaniem alkoholu oraz stosowaniem diety bogatotłuszczowej. Pielęgniarki z masą ciała w normie uzyskały wyższy wskaźnik umiejscowienia kontroli zdrowia w zakresie przypadku niż kobiety z nadwagą i otyłością. W badaniach Muszaliak i wsp. [32] nadwagę stwierdzono u 20,0% pielęgniarek, otyłość u 2,2%. Prawidłową masę ciała deklarowało 74,2%, a niedowagę 3,6%. Dodatkowo aktywność fizyczną podejmowało 22,7% kobiet. Częściej podejmowały ją pielęgniarki z wyższym wskaźnikiem kontroli wewnętrznej. W badaniach Zagroby i wsp. [33] oraz Regimońskiej i Włoszczak-Szubzda [29] wykazano średni stopień aktywności fizycznej pielęgniarek, co może podważać ich wiarygodność jako promotorów zdrowia. Większość pielęgniarek była jednak świadoma korzystnego wpływu na zdrowie aktywności fizycznej.

Palenie papierosów to zachowanie z grupy antyzdrowotnych, które jest nadal powszechne w grupie zawodowej pielęgniarek. W badaniach Muszaliak i wsp. [32] 22,2% pielęgniarek paliło papierosy. Zbliżone wyniki (22,0%) uzyskali Remigońska i Włoszczak-Szubzda [29]. Nieznacznie większy odsetek pielęgniarek (27,0%) deklarował palenie papierosów w badaniach Jachimowicz i wsp. [25] i w badaniach Gańczak i wsp. (33,6%) [34]. Jeszcze bardziej niekorzystne wyniki w tym zakresie uzyskano w badaniach Adamek i wsp. [26], w których 40,0% pielęgniarek deklarowało palenie papierosów, a 30,0% palenie w przeszłości. W badaniach tych nie wykazano zależności między wiedzą na temat szkodliwości nikotynizmu a zachowaniami zdrowotnymi pielęgniarek [26]. W badaniach własnych nie wykazano korelacji między paleniem papierosów a umiejscowieniem kontroli zdrowia. W innych doniesieniach naukowych pielęgniarki deklarujące palenie papierosów w przeszłości wskazały, że przypadek ma najmniejszy wpływ na zdrowie [29]. W największym stopniu przekonanie, że zdrowie nie zależy od przypadku, wykazują pielęgniarki, które rzuciły palenie [35].

WNIOSKI

Badane pielęgniarki uzyskały wysokie wyniki w zakresie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, jednak podejmowane przez nie zachowania zdrowotne nie zawsze były warunkowane tym typem umiejscowienia kontroli zdrowia.

Oświadczenie

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039).

2. Heszen I, Sęk H. Koncepcje i pojęcie zdrowia w psychologii i naukach pokrewnych. W: Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 46-60.
3. Malik M, Zarzycka D, Iłżecka J i wsp. Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych. Zdr Pub 2009; 119: 33-39.
4. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. PWN, Warszawa 2008.
5. Słopiecka A. Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty. Stud Med 2012; 25: 85-88.
6. Nowicki G, Ślusarska B. Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych. Hygeia Public Health 2011; 46: 280-285.
7. Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. Hygeia Public Health 2015; 50: 558-565.
8. Sęk H. Zdrowie behawioralne. W: Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Strelau J (red.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 533-553.
9. Janssen E, van Osch L, de Vries H, et al. Examining direct and indirect pathways to health behaviour: the influence of cognitive and affective probability beliefs. Health Psychol 2013; 28: 546-560.
10. Sheeran P, Gollwitzer PM, Bargh JA. Nonconscious processes and health. Health Psychol 2013; 32: 460-473.
11. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red). Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Uniwersytet Łódzki, Łódź 2003; 11-15.
12. Wojtczak A. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów XXI wieku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
13. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001.
14. Wallston KA, Wallston BS. Who is responsible for your health. The construct of health locus of control. W: Social psychology of health and illness. Saners G.S., Suls J (red.). Erlbaum, Hillsdale. New Jersey 1982; 65-95.
15. Masters KS, Wallston KA. Canonical correlation reveals important relations between health locus of control, coping, affect and values. J Health Psychol 2005; 10: 719-731.
16. Sokołowska J. Przewidywania i wybory a przekonanie o kontroli. Wydawnictwo Instytutu PAN, Warszawa 1993.
17. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość stres a zdrowie. Difin, Warszawa 2008.
18. Wallston KA, Wallston BS, Smith S i wsp. Perceived control and health. Curr Psychol Res Rev 1987; 6: 5-25.
19. Parsons EM, Betz NE. The relationship of participation in sports and physical activity to body objectification, instrumentality, and locus of control among young women. Psychol Women Q 2001; 25: 209-222.
20. Helmer SM, Krämer A, Mikolajczyk RT. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. BMC Res Notes 2012; 5: 1-8.
21. Cotter KA, Lachman ME. No strain, no gain: psychosocial predictors of physical activity across the adult lifespan. J Phys Act Health 2010; 7: 584-594.
22. Scoffier S, Paquet Y, d'Arripe-Longueville F. Effect of locus of control on disordered eating in athletes: The mediational role of self-regulation of eating attitudes. Eat Behav 2010; 11: 164-169.
23. Armitage CJ. The relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioural control: How are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control? Psychology & Health 2003; 18: 723-738.
24. Strategia Walki z Rakim w Polsce 2015–2024. Warszawa 2014.
25. Jachimowicz V, Gawłowicz K, Juszczyk K. Poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli zdrowia a palenie papierosów wśród pielęgniarek. Przegl Lek 2011; 68: 879-882.
26. Adamek R, Stoczyńska J, Maksymiuk T i wsp. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród pielęgniarek a świadomość szkodliwości nałogu. Przegl Lek 2012; 69: 969-972.
27. Rasińska R, Nowakowska I. Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia. Piel Polskie 2014; 2: 111-116.
28. Kowalewska B, Krajewska-Kułać E, Wróblewska K i wsp. Uzależnienie od nikotyny wśród personelu pielęgniarskiego. Prob Hig Epidem 2007; 88 (supl. 3): 81-85.
29. Remigrońska A, Włoszczak-Szubda A. Zachowania zdrowotne pielęgniarek czynnych zawodowo co najmniej jeden rok. Aspekty Zdrowia i Choroby 2016; 1: 41-53.
30. Malinowska-Lipień I, Gniadek A, Doros J i wsp. Profilaktyka raka szyjki macicy w wybranej grupie pielęgniarek na tle Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC). Zdr Pub 2012; 122: 29-34.
31. Aflakseir A, Zarrin Pour R. Predicting Adherence to Diet Regimen Based on Health Locus of Control: A Cross Sectional Study. Iran J Diabetes Obes 2013; 5: 71-76.
32. Muszalić M, Kędziora-Kornatowska K, Marzec A i wsp. Analiza zachowań zdrowotnych, samooceny oraz zagrożeń zdrowia pielęgniarek studiujących zaocznie. Prob Hig Epidem 2007; 88: 354-359.
33. Zagroba M, Kulikowska A, Marcysiak M i wsp. Aktywność fizyczna pielęgniarek. Prob Piel 2010; 18: 329-336.
34. Gańczak M, Szych Z, Karakiewicz B. Palenie tytoniu wśród lekarzy i pielęgniarek oddziałów zabiegowych. Hygeia Public Health 2012; 47: 72-76.
35. Zysnarska M, Bernad D, Adamek R i wsp. Palenie papierosów wśród pielęgniarek – brak wiedzy czy efekt przeciążenia pracą? Przegl Lek 2008; 10: 600-604.